Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

197

Vragen van de leden **Omtzigt** en **Ronnes** (beiden CDA) aan de Minister van Financiën over *de woekerpolissen* (ingezonden 11 september 2015).

Antwoord van Minister **Dijsselbloem** (Financiën) (ontvangen 5 oktober 2015)

Vraag 1 en 2
Bent u ervan op de hoogte dat op 24 november 2011 de Minister van Financiën aan de Kamer schreef dat verzekeringmaatschappijen uiterlijk in 2012 het «best of class» flankerend beleid zouden toepassen op alle polishouders?[1]
Kunt u aangeven wanneer de verzekeringsmaatschappijen dit zullen toepassen op alle polishouders? Kunt u dit per verzekeraar aangeven?

Antwoord 1 en 2
De Minister van Financiën heeft destijds, samen met uw Kamer, een «best of class» geformuleerd waar het flankerend beleid van verzekeraars aan zou moeten voldoen. Het flankerend beleid van verzekeraars is het beleid dat verzekeraars, naast de compensatie uit de akkoorden die zij hebben gesloten met consumentenstichtingen, hebben ten behoeve van klanten met een lopende beleggingsverzekering die in het verleden is afgesloten. Het beleid ziet op alle klanten met een beleggingsverzekering die is afgesloten voor 1 januari 2008, aangezien de compensatieakkoorden ook aansluiten bij die datum. In vervolg op het formuleren van de «best of class» heeft de Minister van Financiën uw Kamer op 5 juli 2012 een tussenrapportage[2] toegezonden over de stand van zaken per verzekeraar en vervolgens, op 26 april 2013 een eindrapportage over de stand van zaken per verzekeraar op 31 december 2012.[3] In de aanbiedingsbrief bij de eindrapportage is enerzijds een conclusie opgenomen over de toetsing van het flankerend beleid van verzekeraars aan de «best of class», anderzijds is toen ook opgemerkt dat het enkel voeren van

[1] Kamerstuk 29 507 nr. 106.
[2] Kamerstukken II 2012/13, 29 507, nr. 113.
[3] Kamerstukken II 2012/13, 29 507, nr. 114.

ah-tk-20152016-197
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

beleid door verzekeraars onvoldoende is om deze klanten echt te helpen.[4] Zo bevat de «best of class» wel dat klanten kosteloos moeten kunnen overstappen, maar een klant moet zich wel bewust zijn van nut en noodzaak van overstappen. Daarom is in de brief van 26 april 2013, waarmee de eindrapportage over het flankerend beleid aan uw Kamer is aangeboden, aangekondigd dat in vervolg op het in kaart brengen en verbeteren van het flankerend beleid door middel van het formuleren van een «best of class», de Autoriteit Financiële Markten (hierna: AFM) zou gaan toetsen of klanten ook daadwerkelijk worden geactiveerd in het kader van de nazorg. Dat toetsen is regelmatig gebeurd. Uw Kamer is vervolgens periodiek geïnformeerd over de bevindingen van de AFM. Sinds 18 juli 2015 hebben deze werkzaamheden van de AFM een grondslag in regelgeving.

Vraag 3 en 4
Herinnert u zich de toezegging: «Bij de benoeming van de Ombudsman kan bovendien sprake zijn van raadpleging van uw Kamer»?[5]
Op welke wijze zal sprake zijn van raadpleging van de Tweede Kamer bij de benoeming van de nieuwe Ombudsman Financiële Dienstverlening?

Antwoord 3 en 4
Ja, ik herinner mij de toezegging dat bij benoeming van de Ombudsman sprake kan zijn van raadpleging van de Kamer. In de statuten van Kifid (artikel 20.4) is vastgelegd dat het bestuur van Kifid de Ombudsman benoemt na schriftelijke instemming van de Minister. Ik zal hieraan voorafgaand de Tweede Kamer raadplegen.
Overigens heeft Kifid de vacature van Ombudsman/ voorzitter geschillencommissie onlangs gepubliceerd. Deze combinatie is het gevolg van de wijziging van de reglementen van het Kifid waarbij de rol van de Ombudsman wordt gecombineerd met die van voorzitter geschillencommissie. De Ombudsman zal alleen nog bemiddelen en als zaken onbemiddelbaar blijken, doorverwijzen naar de geschillencommissie voor een uitspraak. Dit zal het behandelingsproces bij Kifid bespoedigen en de rechtseenheid bevorderen.

Vraag 5
Is er sinds 2011 een schatting gemaakt van het totale schadebedrag, namelijk het verschil tussen de geschapen verwachtingen en de werkelijk verwachte uitkomsten, zowel op macroniveau als per verzekeraar? Kunt u die schattingen delen met de Kamer?

Antwoord 5
Er zijn verschillende problemen geïdentificeerd bij beleggingsverzekeringen die in het verleden zijn afgesloten. Deze verschillende problemen leiden tot verschillende soorten schade. Zo waren de kosten te hoog en niet transparant. Voor dergelijke meer generieke problemen zijn voor 2011 tussen verzekeraars en consumentenstichtingen akkoorden gesloten. De daarmee geboden compensatie wordt geschat op € 2,5 miljard. Daarnaast waren de mogelijkheden om beleggingsverzekeringen toekomstgericht aan te passen te beperkt. Het bij de antwoorden op de vragen 1 en 2 aan de orde gekomen flankerend beleid is erop ingezet om deze mogelijkheden te verbeteren door bijvoorbeeld overstapdrempels weg te nemen. In combinatie met het beleid van de AFM, inmiddels ondersteund door regelgeving, om verzekeraars aan te zetten tot het activeren van klanten met een beleggingsverzekering, kunnen

[4] Kamerstukken II 2012/13, 29 507, nr. 114. «Tussen het beleid van de verzekeraar en beleving van de klanten zit helaas ook nu nog vaak een kloof. Het is belangrijk dat verzekeraars nu niet achterover leunen maar doorgaan met juist deze klanten, die in het verleden een polis hebben gesloten waar zij vaak om goede redenen niet meer gelukkig mee zijn, te begeleiden naar een beter product. Beter is in dit geval vooral een product dat de oorspronkelijke doelen van klanten weer in zicht brengt. De AFM vervult hierbij een belangrijke rol door verzekeraars te blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheden om hun klanten te bewegen om ook daadwerkelijk hun uitgangspositie te verbeteren. In het kader van het project waarbij de AFM toetst in hoeverre het klantbelang centraal wordt gesteld is vorig jaar een specifieke module «nazorg beleggingsverzekeringen» toegevoegd. Uit de volgende toetsing door de AFM zal blijken of beleid ook daadwerkelijk leidt tot activering van klanten. Ik zie deze toetsing als vervolg op het in kaart brengen van het flankerend beleid.»

[5] Kamerstuk 29 507 nr. 106.

klanten hierdoor voor de toekomst hun beleggingsverzekering aanpassen zodat het oorspronkelijke doel weer in zicht kan komen. Daarnaast zijn er meer individuele geschillen, zoals zorgplichtschendingen. Voor dergelijke geschillen is de rechter of het Kifid het beste geëquipeerd. Uit de bestaande jurisprudentie blijkt dat de geschillen tot dusver erg divers zijn, waardoor geen algemene lijn of algemene schade te bepalen is. Ook kan sprake zijn van tegenvallende beleggingsresultaten waardoor de uiteindelijke opbrengsten kunnen tegenvallen. Wanneer voor klanten voldoende duidelijk was dat sprake was van beleggen en dat met beleggen risico gepaard gaat, wordt in de jurisprudentie doorgaans geen schending van bijvoorbeeld zorgplichten aangenomen, waardoor geen aan de verzekeraar verwijtbare schade zal worden aangenomen. Een algemeen schadebedrag door een verschil tussen de op het moment van afsluiten verwachte opbrengsten en de (op dit moment verwachte) werkelijke opbrengsten is daarom niet te bepalen.

Vraag 6, 8, 9 en 10
Dient de Total Expense Ratio (TER) van een beleggingsverzekering te allen tijde opgenomen te worden in de kostenrapportages, of mag een verzekeraar de TER buiten de kostenopgaven en berekeningen houden die aan de polishouders gerapporteerd worden?
Worden dergelijke beloningen meegenomen binnen de TER indien daarover gerapporteerd moet worden aan de polishouders?
Indien de Wabeke-norm (die eigenlijk een aanbeveling is) wordt toegepast, moet dan de TER opgenomen worden in de kostenrapportage?
Welke boete krijgt een verzekeraar die de TER niet opneemt in zijn kostenrapportage?

Antwoord 6, 8, 9 en 10
De Total Expense Ratio (TER) is het totaal van de kosten die een beheerder van een beleggingsfonds jaarlijks in rekening brengt voor het beheer van het fonds. Deze kosten komen voor rekening van de klant en worden in mindering gebracht op het rendement van het beleggingsfonds. De TER geeft dus alleen de kosten weer voor het beleggingsfonds waarin voor de klant wordt belegd binnen zijn beleggingsverzekering. Andere kosten van de beleggingsverzekering, zoals de kosten van de verzekeraar en eventuele provisies vallen hier dus niet onder. Beloningen van bestuurders of medewerkers van de beheerder van het beleggingsfonds of de eventuele moedermaatschappij worden onder de operationele kosten van de onderneming geschaard en zullen dan ook niet apart inzichtelijk worden gemaakt in de TER. Beloningen van bestuurders of medewerkers van verzekeraars zijn operationele kosten van de verzekeraar en worden ook niet apart inzichtelijk gemaakt.
De TER dient op grond van artikel 60 van het Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen (Bgfo) en op basis van de informatiemodellen beleggingsverzekeringen (die voortkomen uit het advies van de Commissie De Ruiter) sinds 1 januari 2008 opgenomen te worden in precontractuele informatie over beleggingsverzekeringen. Deze modellen zijn destijds door verzekeraars aan zowel nieuwe als bestaande klanten verstrekt, hierbij is niet relevant of de aanbeveling van de heer Wabeke is toegepast. Ook in de informatieverstrekking gedurende de looptijd van de beleggingsverzekering moeten verzekeraars op grond van artikel 73 van het Bgfo jaarlijks een opgave van de TER van het beleggingsfonds vermelden. Indien verzekeraars deze (wettelijke) informatieverplichtingen overtreden, kan de AFM een aanwijzing geven of een bestuurlijke boete of last onder dwangsom opleggen. De bestuurlijke boete kan in dit geval oplopen tot maximaal één miljoen euro.

Vraag 7
Wanneer bent u op de hoogte gesteld van de beloning van € 240 miljoen voor de top van Nationale Nederlanden in 2014[6] en heeft u daarmee ingestemd?

[6] http://www.nrcq.nl/2014/07/11/riante-beloning-voor-de-top-is-alvast-opzij-gezet

Antwoord 7
Nationale Nederlanden viel in 2014 niet onder de Wet bonusverbod staatsgesteunde ondernemingen. De reikwijdte van deze wet was op dat moment beperkt tot de aan het hoofd van de financiële groep staande groepsmaatschappij van de onderneming die staatssteun in verband met de stabiliteit van het financiële stelsel genoot. Ik ben niet geïnformeerd over de in het genoemde artikel bedoelde reservering voor beloningen en dit was ook niet nodig. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat de reikwijdte van het bonusverbod zich sinds 7 februari 2015 ook uitstrekt tot alle banken en verzekeraars die onderdeel zijn van een groep waaraan steun wordt verleend.[7]

Vraag 11 en 12
Heeft u inzicht in het aantal schikkingen dat verzekeraars buiten het Kifid (Klachteninstituut financiële dienstverlening) en buiten de rechter om gesloten hebben over woekerpolissen? Over hoeveel polissen gaat het hier? Wat vindt u ervan dat verzekeraars bij een dreigende negatieve uitspraak snel een schikking aanbieden en daarmee frustreren dat er jurisprudentie ontstaat?

Antwoord 11 en 12
Een schikking is een privaatrechtelijke overeenkomst waaraan doorgaans geen openbaarheid wordt gegeven. Wanneer klanten of vertegenwoordigers van klanten een probleem hebben met hun beleggingsverzekering, kunnen ze daarover een klacht indienen bij de verzekeraar of adviseur. Iedere financiële onderneming moet een dergelijke klachtenprocedure hebben. De financiële onderneming kan de klacht gegrond vinden en de eventuele geleden schade van de klant of klanten meteen vergoeden. Een dergelijke gang van zaken is uiteraard ook in het belang van klanten. Ook tijdens een rechtszaak bij de burgerlijke rechter of een behandeling van een geschil bij Kifid kunnen beide partijen ervoor kiezen om samen een schikking te treffen en de rechtszaak niet verder te laten behandelen door de rechter of geschillenbeslechter. Daarvoor zijn verschillende redenen denkbaar. Private partijen zoals verzekeraars en hun klanten kunnen bij geschillen schikkingen treffen zonder dat een dergelijke schikking publiek wordt. Er zijn geen cijfers beschikbaar over de aantallen gevallen waarin dit gebeurt. Door geheimhoudingsbepalingen kan het beeld bestaan dat ook schikkingen worden getroffen in situaties die bredere werking zouden kunnen hebben. Om een dergelijk beeld te voorkomen heb ik verzekeraars tijdens het algemeen overleg over de toekomst van de verzekeringssector op 24 september jongstleden opgeroepen om zoveel mogelijk transparant te zijn over redenen voor schikkingen. Tijdens dit algemeen overleg heb ik verder toegezegd te laten onderzoeken of de toezichthouder een rol zou kunnen hebben bij schikkingen. Ik kom hierop eind oktober terug, wanneer de volgende rapportage van de AFM over de nazorg bij beleggingsverzekeringen aan uw Kamer wordt aangeboden.

---

[7] Artikel 1:128, vierde lid, Wet op het financieel toezicht.